|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
| 玉溪市“双通道”定点零售药店申请表 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 申 请 单 位 |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 申 请 时 间 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 玉溪市医疗保障局编制 |  |

填 写 要 求

一、此表要求字迹工整清楚。

二、所列相关数据应真实、准确。

1. “申请内容”一栏由申请的定点零售药店填写签订医保服务协议意向。

四、定点零售药店向县市医保经办机构提交本申请表时,须按《关于转发<云南省医疗保障局云南省卫生健康委员会云南省药品监督管理局关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的通知>的通知》要求提供相关证明资料,并提供上一年度业务收支情况。

五、药店附属业务是指除药品、医疗器械等销售业务以外的其他业务,如:药店内设诊所等;其中具体业务情况描述是指输液床位、输液椅数量、具体的理疗或治疗项目等情况。无此类业务无须填写。

|  |  |
| --- | --- |
| 药店名称 |  |
|  单位地址 |  | 联系电话 |  |
|  营业执照号 |  | 营业面积  |  ㎡ |
| 法定代表人 |  | 联系人 |  |
| 所有制形式 |  | 上级业务主管部门 |  |
| 药品经营许可证发证机关 |  | 许可证号码 |  |
| 药店所处经纬度坐标 |  |
| 单位开户银行及账号 |  |
| 人员构成 | 药学技术人员数 | 药学技术人员 人，其中驻店执业药师 人 |
| 营业人员数 |  |
| 其他人员数 |  |
| 合计人数 |  |
| 业务情况 | 药品经营品种 | 共有 个，其中：西药 个，中成药 个，中草药 个。 |
| 药品购进渠道 |  |
| 上年度业务收入 | 总收入： 元 | 医保个人账户收入： 元 | 其他业务收入： 元（慢性病医保支付） |
| 参加社会保险 | 签订劳动合同： 人 | 参加养老保险 人；参加医疗保险 人，参加生育保险 人。 |
| 药店附属业务情况 | 附属业务名称 | 开展业务范围 | 具体业务情况描述 | 从业人员 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 药店简介 |  |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 国家医保谈判药品经营情况 | 是否专营国家医保谈判药品 |  | 国家医保谈判药品专柜使用面积 |  ㎡ |
| 国家医保谈判药品品种 |  个 | 药品覆盖病种 |  个 |
| 药品购销差率 |  | 药品配送上门服务方式 |  |
| 合作的物流配送企业名称 |  |
| 信息服务平台搭建方式及开发商（第三方）名称 |  |
| 慢性病药品经营情况 | 慢性病药品品种 | 个 |
| 慢性病药品专柜使用面积 |  ㎡ |
| 合作的物流配送企业名称 |  |
| 信息服务平台搭建方式及开发商（第三方）名称 |  |
| 申请内容 | 申请“双通道”定点零售药店（国家医保谈判药 □ 门诊慢性病用药 □ ） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | （申请单位印章） |  |
| 法定代表人签字： |  |  |  |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |
| 医疗保险经办机构审查意见 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | （印章） |  |
|  |  |  | 年 月 日 |  |